



¿Se relacionan las presentaciones poco frecuentes de las hernias inguinales con la enfermedad reumática? Detalles de un caso

Are rare presentations of inguinal hernias associated with rheumatic disease? Details of a case

Cristian Guillermo Espinosa Echeverría^I, Alfonso Javier Carrasco Guevara^{II}, Adrian Alexander Ojeda Carpio^{III}, Elizabeth Georgina Sangucho Villamarin^{IV}

^I Médico. Postgradista R4 Cirugía General. Hospital Metropolitano. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

^{II} Médico. Postgradista R4 Cirugía General. Hospital Metropolitano. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

^{III} Médico Rural. Centro de Salud Tipo C Espoch-Lizarzaburo. Universidad Católica de Cuenca. Riobamba, Ecuador.

^{IV} Médico Residente. Hospital General Docente Calderon. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

RESUMEN

Introducción: las manifestaciones musculares en la enfermedad reumatoidea, incluyen debilidad y atrofia muscular. No se ha descrito con anterioridad que estos signos puedan estar vinculados a la debilidad constitucional del plano posterior de la pared abdominal que da origen a las hernias inguinales.

Objetivo: describir un caso de una hernia inguinal unilateral y directa en una paciente de sexo femenino con enfermedad reumatoidea, lo cual constituye una presentación poco frecuente.

Discusión: la hernioplastia inguinal constituye una intervención quirúrgica de elevada frecuencia a nivel mundial que busca reducir la posibilidad de complicaciones del contenido herniario (atascamiento, estrangulación, perforación de asas, entre otros), que obliguen a intervenciones de urgencia asociadas a una mayor morbimortalidad. La peculiaridad del caso aquí descrito reside en que el tipo de hernia inguinal (directa, indirecta y recidivada), está asociado al sexo. Los pacientes portadores de hernia inguinal directa por lo general pertenecen al sexo masculino.

Conclusiones: en la actualidad para cumplir a cabalidad el rol de brindar una atención médica de calidad se ha de partir del reconocimiento de que no resulta extraño la coexistencia de dos situaciones clínicas en pacientes con enfermedad reumatoidea, se hace necesario entonces desarrollar eficazmente la vigilancia de las enfermedades y procesos con posible asociación a esta, de

manera que se consiga aportar evidencia científica en esta dirección; este artículo ha dado a conocer, mediante la descripción de un caso de una hernia inguinal unilateral y directa en una paciente de sexo femenino con enfermedad reumatoidea, el manejo efectuado en la prevención de complicaciones relacionadas con el riesgo quirúrgico- anestésico de estos pacientes. Este caso que abre derroteros a la indagación más profunda en futuras investigaciones a partir de la interrogante ¿Se relacionan las presentaciones poco frecuentes de las hernias inguinales con la enfermedad reumatoidea?

Palabras clave: presentaciones poco frecuentes; hernias inguinales; enfermedad reumatoidea.

ABSTRACT

Introduction: muscle manifestations in the rheumatic disease, include muscle weakness and atrophy. It has not been described previously that these signs may be linked to the abdominal wall constitutional backplane weakness that gives rise to inguinal hernias.

Objective: to describe a case of a unilateral and direct inguinal hernia in a female patient with rheumatic disease, this is a rare presentation.

Discussion: inguinal hernia repair is a high frequency surgery worldwide which seeks to reduce the possibility of complications of hernia content (binding, choking, punching bags, amongst others), requiring emergency interventions associated with increased morbidity and mortality. The peculiarity of the case described here is that the type of inguinal hernia (direct, indirect and recurrent), is associated with sex. Patients with direct inguinal hernia are usually male.

Conclusions: currently, to meet fully the role of provide quality health care is to be based on the recognition that the coexistence of two clinical situations in patients with rheumatic disease is not rare at all, it is then necessary to effectively develop surveillance on those diseases and processes with possible association with this, in order to provide scientific evidence in this direction. This article has described a case of a unilateral and direct inguinal hernia in a female patient with rheumatic disease, and management made in the prevention of complications related to anesthetic-surgical risk of these patients. This case opens paths to deeper investigation in future research arising from the question: Are rare presentations of inguinal hernias associated with rheumatic disease?

Keywords: rare presentations; inguinal hernias; rheumatic disease.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica de tipo inflamatorio, de causa desconocida, que afecta primariamente las articulaciones. Sus manifestaciones son variadas y produce grados diversos de molestias y limitaciones y en pacientes que no logran un buen resultado terapéutico, provoca incapacidad músculo esquelética progresiva importante.¹

No obstante, a menudo se ha subestimado la morbilidad y mortalidad de la AR. Por el incremento de los estudios sobre esta entidad durante las últimas décadas, se recomienda en la actualidad denominar enfermedad reumatoidea (ER), a los pacientes con AR que presentan múltiples e intensas manifestaciones sistémicas.

Las manifestaciones musculares en la ER, incluyen debilidad y atrofia muscular.² No se ha descrito con anterioridad que estos signos puedan estar vinculados a la debilidad constitucional del plano posterior de la pared abdominal que da origen a las hernias inguinales. De ahí el interés de los autores por documentar este caso.

Aunque la presencia de algunas enfermedades asociadas no repercute negativamente en el pronóstico del paciente con ER sí logra afectar su calidad de vida.

En este contexto, teniendo en cuenta por una parte la posibilidad de coexistencia de dos situaciones clínicas como la ER y la hernia inguinal, así como el importante desafío que ello representa para el equipo médico, los autores apuntan a despertar el interés en desarrollar una labor de vigilancia de las enfermedades y procesos cuya asociación a la ER no se ha descrito por no existir datos definitivos que la confirmen.³

Por otro lado la necesidad de socializar alternativas de prevención de complicaciones relacionadas con el riesgo quirúrgico- anestésico de estos pacientes cuando deben someterse a una intervención quirúrgica; el presente artículo, ante la presencia de la asociación al sexo inesperada de una tipología específica de hernia inguinal, describe un caso de una hernia inguinal unilateral y directa en una paciente de sexo femenino con ER, lo cual constituye una presentación poco frecuente.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Anamnesis

Historia de la enfermedad actual y motivo de consulta: Paciente femenina de 65 años de edad, con antecedentes de enfermedad reumática en tratamiento con AINEs - celecoxib 100 mg diarios, FAMEs- metotrexato 15 mg por semana - y sulfasalazina 500 mg diarios, que acudió al servicio de Urgencias debido a dolor en la porción inferior del abdomen (área inguinal) al realizar algún tipo de esfuerzo físico, incluso al realizar evacuaciones intestinales.

Examen físico (datos positivos): En la región inguinal izquierda se palpa una masa bien delimitada, redondeada, no dolorosa, de pequeño tamaño y consistencia elástica; que no se modifica con la tos ni con los cambios posturales. Se constató la presencia de ruidos abdominales sobre la lesión. Obesidad (IMC 38,97); limitación de movilidad de la columna cervical, aumento de volumen de la muñeca derecha y del tobillo izquierdo, limitación de la flexoextensión de muñeca derecha.

Impresión diagnóstica: Hernia Inguinal unilateral izquierda. Diagnóstico diferencial: Inicialmente se descartó un abdomen agudo, abdomen no distendido, deprecible y globuloso, a la palpación profunda en el hipogastrio no se advirtieron signos de irritación peritoneal. Los reportes de laboratorio estaban dentro de la normalidad. Posteriormente se realizó el diagnóstico diferencial con hernia femoral, absceso, adenopatía, tumor de partes blandas, endometriosis, quistes de Bartholino y lesión vascular.

Diagnóstico definitivo: Se confirmó el diagnóstico de sospecha, precisándose hernia inguinal unilateral izquierda, mediante ecografía, la cual brindó información sobre las relaciones anatómicas con las estructuras adyacentes y la ausencia de líquido libre intrabdominal.



Figura 1. Hernioplastia

Tratamiento quirúrgico: Hernioplastia. Se realizó la reparación según la técnica de Bassini; confirmándose la clasificación de hernia inguinal directa.



Figura 2. Técnica de Bassini

Prevención de complicaciones en el manejo transanestésico: Los problemas anestésicos potenciales en este tipo de pacientes incluyen los que se derivan del grado de afectación sistémica y de las interacciones entre los fármacos propios de la terapia antireumática y los agentes anestésicos y aquellos que se derivan del grado de afectación articular.

Se valoró que estos pueden incidir en el control de la vía aérea, la cateterización, la aplicación de técnicas loco regionales y la posición del paciente; por tanto la evaluación preoperatoria de la paciente se centró en tres pilares fundamentales:

- . Medicación habitual: La atención multidisciplinaria permitió la inclusión del médico reumatólogo en el equipo de atención de salud. Se recomendó suspender el metotrexato una semana antes y otra después de una intervención quirúrgica para disminuir riesgo de infecciones y suspender la sulfasalazina el día antes de la cirugía y reiniciarlas tres días después de esta.

- . Estabilidad cervical: Se realizó Rx cervical preoperatoria para evaluar la afectación de la articulación atlo-axoidea.

- . Vía aérea: Se recomendó la intubación con fibrobroncoscopio para evitar dificultades en el manejo de la vía aérea.

- . Se realizó la valoración post quirúrgica y en el postoperatorio se estimuló a la paciente a miccionar, levantarse y caminar sin ayuda al cabo de pocas horas.

Se dio el alta a las 48 horas de la intervención.

DISCUSIÓN

Anatómicamente el conducto inguinal o trayecto inguinal se dirige de adentro hacia afuera, de arriba a abajo y de lateral a medial. En el hombre es ocupado por el cordón espermático y en la mujer por el ligamento redondo. En la hernia inguinal, la debilidad del plano posterior de la pared abdominal ocasiona que estas estructuras; el cordón espermático o el ligamento redondo, fragüen su paso a través de los diferentes planos de la pared abdominal.

La hernioplastia inguinal constituye una intervención quirúrgica de elevada frecuencia a nivel mundial,⁵ que busca reducir la posibilidad de complicaciones del contenido herniario (atascamiento, estrangulación, perforación de asas, entre otros), que obliguen a intervenciones de urgencia asociadas a una mayor morbimortalidad. La peculiaridad del caso aquí descrito y de ahí nuestro interés por reportarlo reside en que el tipo de hernia inguinal (directa, indirecta o con recidivas), según lo referido por Hair et al., está asociado al sexo. Los pacientes portadores de hernia inguinal directa por lo general pertenecen al sexo masculino.⁴

Es de resaltar que en este caso se impuso un riguroso diagnóstico diferencial, toda vez que se llega a la certeza de esta enfermedad por la exclusión de otras entidades. Resultó complejo el diagnóstico diferencial de masas inguinales en mujeres, el cual es bien amplio e incluye hernias inguinales y femorales, adenopatías, tumores de partes blandas (lipomas, leiomiomas y endometriosis), quistes de Bartholino y menos frecuentes lesiones vasculares y abscesos.^{5,6}

Algunas de las evidencias científicas sobre la atención de salud del paciente con enfermedad reumática muestran que la polémica gira en torno a qué hacer a cuando se somete a cirugía a estos pacientes y una decisión difícil tiene que ver con la conveniencia de suspender o no la medicación antirreumática durante el período perioperatorio.⁷ De manera general el tratamiento combinado con metotrexato y la sulfasalazina resulta eficaz.⁸

En este sentido el mayor reto que hubo que enfrentar se vinculó a que en cuanto al manejo de los antirreumáticos en el período perioperatorio existen opiniones divididas.⁹ El mecanismo de acción de la sulfasalazina es desconocido, aunque se sabe que tiene efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores, es decir, modifica la respuesta del sistema defensivo del organismo (inmunológico), que participa en el desarrollo de estas enfermedades. Entre sus efectos destacan la capacidad de inhibición de los linfocitos, la disminución de la síntesis de factores inflamatorios por los leucocitos, así como la inhibición de la absorción de sustancias necesarias para la maduración de las células del sistema inmune (folatos fundamentalmente).

No hay estudios que proporcionen respuestas definitivas sobre si se debe suspender la sulfasalazina y por cuánto tiempo en el perioperatorio; por un lado se recomienda suspender el día antes de la cirugía y reiniciarlas tres días después de esta. Otros investigadores no sugieren suspenderla.¹⁰ Por otra parte, teniendo en cuenta que su vida media es de ocho horas y su eliminación es principalmente renal y dado que la tasa de filtración glomerular puede disminuir luego de la cirugía en pacientes predispuestos, la conducta apropiada es la suspensión de la sulfasalazina al menos el día de la cirugía.¹¹

Los anti inflamatorios no esteroideos (AINEs) son considerados como parte del tratamiento inicial de la AR y se utilizan a lo largo de la enfermedad reumática pues existen evidencias sobre su eficacia para disminuir el dolor, la inflamación y la rigidez matutina. Celecoxib es un AINE COX 2 específico con potente acción antiinflamatoria, analgésica y antipirética. Esta droga impide la síntesis de prostaglandinas mediante la inhibición selectiva de la enzima ciclo-oxigenasa-2 (COX-2), sin inhibir la isoenzima ciclo-oxigenasa -1 (COX-1). Se diferencia de los otros anti-inflamatorios no esteroideos por su mecanismo de acción, inhibiendo selectivamente la isoenzima COX-2, la cual es inducida como respuesta a estímulos inflamatorios. La síntesis de COX-2 determina la producción de prostanoideos y prostaglandinas, promotores del proceso inflamatorio. Celecoxib al bloquear la isoenzima COX-2, actúa como agente anti-inflamatorio, con una potente acción analgésica y actividad antipirética. A las dosis terapéuticas, celecoxib no interfiere con los procesos fisiológicos que involucran la acción de la isoenzima COX-1 en diferentes tejidos, en especial estómago, intestino, plaquetas y riñones.

Con la excepción de la aspirina y los inhibidores selectivos de la COX-2, los AINE tradicionales inhiben la ciclooxigenasa-1 (COX-1), lo cual disminuye la producción de tromboxano A2 (agregante plaquetario). De ahí que a fin de evitar el efecto antiplaquetario durante la cirugía, se deben suspender por un período de cuatro a cinco vidas medias del fármaco. En cambio, los inhibidores selectivos de la COX-2 como es el caso del celecoxib tienen un impacto menor sobre la homeostasis comparados con los AINE tradicionales y son más seguros con respecto al riesgo de sangrado perioperatorio.¹²

Las guías de práctica clínica de reciente publicación consideran a los FAMEs como tratamiento de elección de la ER.¹³ El metotrexato (también llamado ametopterina) es un antimetabolito de la familia de los folatos. Es un análogo de la aminopterina, producto que también deriva del ácido fólico. El metotrexato posee efectos inmunosupresores y es utilizado en el tratamiento de la artritis reumatoide, inhibe

competitivamente la dihidrofolato-reductasa, enzima responsable de convertir el ácido fólico a tetrahidrofolato, el cofactor necesario para la transferencia de un carbono en muchas reacciones metabólicas. Algunas de estas reacciones afectan la proliferación celular, incluyendo la síntesis de ácido timidílico y de los precursores nucleótidos del DNA y RNA.

La inhibición de la timidilato-sintasa es, quizás, el efecto más importante del metotrexato resultando en una inhibición de la síntesis del DNA. Los efectos inhibidores del metotrexato dependen de sus concentraciones intracelulares, y los tejidos con mayor metabolismo celular y crecimiento más rápido son los más afectados. Entre estos, se encuentran los tejidos neoplásicos, los folículos capilares, las células epiteliales del tracto digestivo y las células de la médula ósea.

El metotrexato inhibe la proliferación celular en las fase S del ciclo celular. En dosis altas (> 30 mg/m²) el metotrexato inhibe las células en la fase S y ralentiza la entrada desde G1 a S. Adicionalmente, el metotrexato puede inhibir la síntesis de proteínas debido a la reducción que experimentan los cofactores del folato, siendo este posiblemente el mecanismo por el cual las dosis altas de metotrexato paran las células en la fase G1.

Un factor crítico sobre los efectos citotóxicos del metotrexato es la duración de la exposición al mismo, por lo que una exposición prolongada, incluso a dosis bajas, puede producir una citotoxicidad y toxicidad significativas.¹⁴

En pacientes con ER el riesgo de infección perioperatoria es 13 veces mayor que en la población general.¹⁵ En los últimos años, atendiendo a los hallazgos de algunos estudios retrospectivos que concluían que había un mayor riesgo de complicaciones tras la cirugía, fundamentalmente mayor riesgo de infección, la tendencia ha sido la supresión de este fármaco unas dos semanas antes de la cirugía.¹⁶ Más recientemente, un estudio prospectivo, realizado por Grennan et al, concluye que el mantenimiento del metotrexato durante la cirugía no acrecienta estos riesgos. Además, el grupo de pacientes que mantienen metotrexato presentan menos brotes inflamatorios en el postoperatorio, mientras que en los pacientes que lo suspenden hay una mayor tendencia, aunque sin alcanzar significación estadística, a presentar un mayor número de complicaciones posquirúrgicas.¹⁷ Otros autores recomiendan suspender el metotrexato una semana antes y otra después de una intervención quirúrgica para disminuir riesgo de infecciones.^{16,17}

CONCLUSIONES

Aunque la presencia de algunas enfermedades asociadas no repercute negativamente en el pronóstico del paciente con ER sí

logra afectar su calidad de vida. En la actualidad, para cumplir a cabalidad el rol de brindar una atención médica de calidad, se ha de partir del reconocimiento de que no resulta extraño la coexistencia de dos situaciones clínicas en pacientes con ER. Se hace necesario entonces desarrollar eficazmente la vigilancia de las enfermedades y procesos con posible asociación a esta, de manera que se consiga aportar evidencia científica en esta dirección. Este artículo ha dado a conocer, mediante la descripción de un caso de una hernia inguinal unilateral y directa en una paciente de sexo femenino con ER, entre otras situaciones, el manejo efectuado en la prevención de complicaciones relacionadas con el riesgo quirúrgico- anestésico de estos pacientes.

El hecho de que una hernia inguinal unilateral y directa se presente en una paciente de sexo femenino con ER, otorga singularidad a este caso que abre derroteros a la indagación más profunda en futuras investigaciones a partir de la interrogante ¿Se relacionan las presentaciones poco frecuentes de las hernias inguinales con la enfermedad reumática?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública. Guía Clínica Artritis Reumatoidea. Serie Guías Clínicas MINSAL N° 52 [Internet]. 2007 [citado 5 noviembre 2016]; Santiago: Minsal. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/reumatologia/guia_clinica_ar.pdf
2. Díaz López C. Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide Extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Rev Clin Esp.* 2000;200(Supl 1):46-58.
3. Kevien TK. The validity of self-reported diagnosis of rheumatoid arthritis: Results from a population survey followed by clinical examinations. *J Rheumatol.* 2000;23:1866-71.
4. Hair A, Paterson C, Wright D, Baxter J, O'Dwyer PJ. What effect does the duration of an inguinal hernia have on patient symptoms? *J Am Coll Surg.* 2001;193:125-9.
5. Alberto Acevedo F, Aquiles Viterbo S, Rodrigo Cápona P, Verónica Dellepiane T. Manifestaciones clínicas de la hernia inguinal: ¿qué motiva al paciente a buscar una resolución quirúrgica?. *Rev. Chilena de Cirugía*[Internet]. 2008 [citado 5 noviembre 2016];60(3):231-5. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v60n3/art11.pdf>

6. Stickel WH, Manner M. Female Hydrocele (Cyst of the Canal of Nuck). Sonographic Appearance of a Rare and Little-Known Disorder. *J Ultrasound Med.* 2004;23:429-32.
7. Ramos Velastegui Alexander Javier, Villa Orozco Carmen Verónica, Espinel Núñez Nelson Noe. Desafíos del manejo trans y post anestésico del paciente con artritis reumatoide. *Rev Cuba Reumatol [Internet].* 2016 [citado 2016 Nov 08];18(1):17-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962016000100004&lng=es.
8. Saunders SA, Capell HA, Stirling A. Triple therapy in early active rheumatoid arthritis: a randomized, single-blind, controlled trial comparing step-up and parallel treatment strategies. *Arthritis Rheum.* 2008;58:1310-7.
9. Pieringer H, Stuby U, Biesenbach G. Patients with rheumatoid arthritis undergoing surgery: how should we deal with antirheumatic treatment? *Semin Arthritis Rheum.* 2007 ;36(5):278-86.
10. Salvatierra Osorio JP, Hernández Cortés A, Álvarez Cienfuegos L, Zúñiga Gómez D. Consideraciones preoperatorias en pacientes con artritis reumatoide sometidos a cirugía ortopédica. Nuevas terapias biológicas. *Rev Soc Andaluza Traumatología [Internet].* 2004 [citado 5 noviembre 2016];24(1) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-andaluza-traumatologia-ortopedia-130-articulo-consideraciones-preoperatorias-pacientes-con-artritis-13085211>
11. Weinblatt ME, Reda D, Henderson W, Giobbie-Hurder A, Williams D, Diani A, Docsa S. Sulfasalazine treatment for rheumatoid arthritis: a metaanalysis of 15 randomized trials. *J Rheumatol.* 1999;10:2123-30.
12. Blaicher AM, Landsteiner HT, Zwerina J, Leitgeb U, Volf I, Hoerauf K. Effect of non-selective, non-steroidal anti-inflammatory drugs and cyclooxygenase-2 selective inhibitors on the PFA-100 closure time. *Anaesthesia.* 2004;59(11):1100-3.
13. Suárez Almazor M. Artritis reumatoidea. En: Barton S, editor. Evidencia clínica. La fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en salud. 1ª ed. Bogotá: Ed. Legis; 2002.
14. Suarez-Almazor ME, Belseck E, Shea B, Wells G, Tugwell P. Methotrexate for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005;3.
15. Doran MF, Crowson CS, Pond GR, O'Fallon WM, Gabriel SE. Predictors of infection in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2002;46(9):2294-300.
16. Salvatierra Osorio JP, Hernández Cortés A, Álvarez Cienfuegos L, Zúñiga Gómez D. Consideraciones preoperatorias en pacientes con artritis reumatoide sometidos a cirugía ortopédica. Nuevas terapias biológicas. *Rev Soc Andaluza Traumatología [Internet].* 2004 [citado 5 noviembre 2016];24(1) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-andaluza-traumatologia-ortopedia-130-articulo-consideraciones-preoperatorias-pacientes-con-artritis-13085211>
16. Grennan DM, Gray J, Loudon J, Fear S. Methotrexate and early postoperative complications in patients with rheumatoid arthritis undergoing elective orthopaedic surgery. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:214-7.

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 12 de Noviembre de 2016

Aprobado: 30 de Diciembre de 2016

Autor para la correspondencia: Dr. Cristian Guillermo Espinosa Echeverría. E-mail: cristianespinosa06@hotmail.com
Universidad Central del Ecuador. Hospital Metropolitano. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.